

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

MAYARA DE OLIVEIRA FREITAS

**RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E
AVALIAÇÃO VESTIBULAR DE PACIENTES COM TONTURA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**JOÃO PESSOA
2017.**

MAYARA DE OLIVEIRA FREITAS

**RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E
AVALIAÇÃO VESTIBULAR DE PACIENTES COM TONTURA**

Trabalho de Conclusão de Curso que será apresentado na Universidade Federal da Paraíba, Campus João Pessoa, como requisito básico para a conclusão do curso de Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Hannalice Gottschalck Cavalcanti.

JOÃO PESSOA
2017.

SUMÁRIO

1- RESUMO.....	3
2- INTRODUÇÃO	4
3- MÉTODOS.....	6
4- RESULTADOS.....	8
5- DISCUSSÃO.....	11
6- CONCLUSÃO.....	12
7- REFERÊNCIAS.....	13
8- ANEXOS.....	15

RESUMO

FREITAS, MAYARA O. RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E AVALIAÇÃO VESTIBULAR DE PACIENTES COM TONTURA. 19 f. TCC (Curso de Fonoaudiologia), Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2017.

Objetivo: analisar a relação entre as características sociodemográficas de pacientes com queixa de tontura e o resultado da avaliação vestibular dos mesmos. **Métodos:** Foram analisados 39 prontuários de pacientes com queixa de tontura encaminhados para uma Clínica Escola de Audiologia para realizar avaliação vestibular. **Resultados:** Dos 39 prontuários analisados houve uma prevalência de 82,1% de pacientes do sexo feminino com idade média de 50 anos, 67,6% possuem nível superior de estudo e 61,5%. Na avaliação vestibular encontramos 61,5% de pacientes sem alterações, impacto da tontura de grau 39 (moderado) e intensidade da tontura de grau 6 (moderado). **Conclusão:** De acordo com os resultados encontrados não houveram relações entre as características sociodemográficas e os resultados encontrados na avaliação vestibular da população estudada.

Palavras-chave: Tontura, vertigem e vectoeletronistagmografia.

INTRODUÇÃO

O aparelho vestibular está situado na orelha interna chamado de labirinto ósseo, no qual está interligado o labirinto membranoso. O vestíbulo permite a manutenção do equilíbrio corporal, junto com dois sistemas: a visão e a propriocepção¹ e depende da integridade do sistema vestibular. Quando ocorre alguma alteração nesse sistema, o indivíduo pode desenvolver vários sintomas e o mais comum deles é a tontura ².

Os indivíduos com queixa de tontura geralmente procuram o médico e são encaminhados para realização de exames vestibulares necessários para identificar as possíveis causas do sintoma, e se há ou não comprometimento do sistema vestibular ².

A tontura pode ser definida como uma sensação de alteração do equilíbrio corporal e pode ter inúmeras causas, sendo que muitas doenças ou distúrbios em várias partes do corpo humano, podem afetar o sistema do equilíbrio corporal causando esse sintoma. Pode ser caracterizada como rotatória (vertigem) ou não rotatória e é uma das queixas mais frequentes, principalmente na população acima dos 65 anos ³. Tanto a tontura quanto a vertigem podem ser decorrentes de desordens funcionais primárias ou secundárias do sistema vestibular ³. Ela pode ser produzida por alterações vestibulares periféricas, do sistema nervoso central ou ambos ¹

Muitos pacientes com tontura, deliberadamente restringem as atividades físicas, viagens e reuniões sociais, com o intuito de reduzir o risco de aparecimento destes sintomas desagradáveis e assustadores, e para evitar o embaraço social e o estigma que eles podem causar ⁴

Para compreender o impacto da tontura sobre a qualidade de vida foi elaborado e validado para o inglês, um questionário específico para avaliar a autopercepção dos efeitos incapacitantes provocados pela tontura. Esse questionário denominado de Dizziness Handicap Inventory (DHI) é composto por 25 questões, das quais 7 avaliam os aspectos físicos, 9 os aspectos emocionais e 9 os aspectos funcionais ⁵. O DHI foi traduzido e validado para o português brasileiro em 2007⁷. O DHI brasileiro mostrou-se confiável para avaliar o impacto da tontura na qualidade de vida do indivíduo.

Outro instrumento utilizado para registrar a intensidade de sintomas relacionados à uma doença, é a escala visual analógica (EVA). Consiste em um instrumento de medida psicométrica e que pode ser útil para medir o a severidade da tontura no dia-a-dia⁸. A EVA é constituída por uma linha de 10cm com números de 0 a 10, onde 0= ausência e 10= maior intensidade do sintoma intitulado. No caso da tontura, o 0 é ausência de tontura e 10 é tontura muito forte ou muito impactante.

O exame utilizado para avaliar o sistema vestibular denominado Vectoeletronistagmografia (VENG) consiste da prova oculomotora e a prova calórica. Na VENG há colocação de eletrodos que captam o potencial entre a córnea e a retina ocular, enquanto o paciente acompanha estímulos luminosos apresentados por uma barra com luz de LED. Na prova calórica o conduto auditivo é irrigado com água ou ar, em temperaturas diferentes para modificar a densidade da endolinfa contida no ducto labiríntico. Indivíduos normais tendem a apresentar resposta simétrica entre os labirintos após essa irrigação, dentro de uma faixa de normalidade previamente estabelecida por estudos publicados em literatura científica⁶. Os resultados da VENG indicam se há ou não alterações no sistema vestibular o que se torna indispensável na investigação para as causas de vertigem nos pacientes. Os resultados mais frequentes são: a. assimetria vestibular, indicado por uma hipofunção unilateral e cuja causa mais frequente é lesão do órgão vestibular periférico; b. preponderância direcional do nistagmo, podendo ter como causa alguma patologia periférica ou central; e c. hipofunção bilateral, esta podendo ter como causa uso de medicamentos⁹.

Na literatura atual não houveram achados que comprovassem relação entre as características sociodemográficas do indivíduo com tontura e os resultados do exame vestibular do mesmo. Pensando que, possivelmente possa haver alguma predisposição para desenvolver alguma alteração vestibular indivíduo com tontura e com respectivo meio de vida social.

O objetivo desse estudo foi verificar se existe uma associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, grau de estudo, estado civil), resultados da avaliação vestibular, DHI e escala EVA. Com a finalidade de promover uma melhor atenção a esses indivíduos e desencadear melhores resultados para prognóstico fonoaudiológico e reabilitação se for o caso.

Métodos

Análise dos dados

Estudo descritivo, do tipo transversal e retrospectivo. Os dados foram obtidos através do levantamento de prontuários de pacientes com queixa de tontura encaminhados para a Clínica Escola de Fonoaudiologia da UFPB, para realizar a avaliação vestibular. Foram analisados no total 69 prontuários de pacientes encaminhados. Dos 69 cadastros, foram excluídos 30, por estarem incompletos. Desta forma, foram incluídos para esta pesquisa 39 prontuários.

Período

Foram analisados os prontuários de pacientes encaminhados entre Fevereiro 2016 e Novembro 2017.

Procedimentos

Para que o paciente fosse incluído na pesquisa, deveria apresentar no prontuários a anamnese, o questionário DHI e a escala EVA completamente preenchidas e possuir o exame da VENG. Na anamnese constam os dados de identificação do paciente e a história clínica (caracterização das crises, tipo de tontura, manifestações auditivas associadas, outros sintomas associados e antecedentes pessoais). Ainda na anamnese o paciente deve marcar a intensidade do sintoma de tontura percebido por ele em uma escala do tipo Likert de 0 à 10, sendo 10 o máximo de intensidade e 0 sem a percepção da tontura.

O exame utilizado para avaliar o sistema vestibular denominado Vectoeletronistagmografia (VENG) consiste da prova oculomotora e a prova calórica. Na VENG há colocação de eletrodos que captam o potencial entre a córnea e a retina ocular, enquanto o paciente acompanha estímulos luminosos apresentados por uma barra com luz de LED. Na prova calórica o conduto auditivo é irrigado com água ou ar, em temperaturas diferentes para modificar a densidade da endolinfa contida no ducto labiríntico. Indivíduos normais tendem a apresentar resposta simétrica entre os labirintos após essa irrigação, dentro de uma faixa de normalidade previamente estabelecida por estudos publicados em literatura científica⁶.

O DHI é constituído por 25 questões, sendo 10 avaliando o impacto funcional da tontura sobre a qualidade de vida do indivíduo, 7 o impacto físico e 6 o impacto emocional. A resposta que deve ser marcada pelo paciente apresenta 3 opções, sendo estas “sim”, “às vezes” ou “não”. A resposta “sim” é computada com 4 pontos, “às vezes” com 2 pontos e “não” recebe 0 pontos. O escore máximo são 100 pontos onde indica grau máximo de impacto na vida do indivíduo, existindo a possibilidade de análise separada dos sub escores: físico, funcional e emocional. O DHI é o instrumento mais utilizado e que tem como objetivo a autoavaliação do impacto da tontura sobre a qualidade de vida do indivíduo e Já foi traduzido e validado para 14 línguas.¹⁰

A avaliação vestibular propriamente dita tem como objetivo verificar a responsividade do sistema vestibular e a simetria de resposta entre o canal semicircular lateral do lado direito e esquerdo. Pode-se ter como resultados alteração vestibular dos tipos: tipo hipofunção, disfunção ou normalidade.⁹

Análise

Os dados das características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, grau de estudo, atividade diária) e as variáveis: tipo de tontura, frequência e duração das crises, sintomas associados, quedas e resultado da VENG, respostas do DHI e respostas da EVA; foram expostas em forma descritiva através de tabelas e gráficos, incluindo a frequência absoluta e relativa. A distribuição dos escores do DHI e EVA como a idade e tempo de tontura foram analisados através da comparação entre média e mediana e análise visual do histograma. Nos casos de distribuição normal testes paramétricos para comparação de resultados foram usados como teste t de student e ANOVA. Para verificar associação entre as variáveis categóricas, teste de χ^2 ou teste de Fisher foram aplicados.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob o número 1.981.327 em 2017.

RESULTADOS

Na tabela 1, mostrada abaixo, estão representadas as variáveis sócio demográficas e educacionais da população estudada. A idade média dos pacientes encaminhados para o serviço de audiologia foi 50,87 anos (DP=16,766) abrangendo idades de 12-85 anos. O sexo feminino foi o mais representado (82,1%), sendo o número de indivíduos casados e solteiros equilibrado. Os pacientes encaminhados frequentaram predominantemente o ensino médio ou superior. Em relação a atividade laboral, a metade dos pacientes é composta por indivíduos que não trabalham, ou por serem aposentados, estudantes ou do lar.

Variável	N	%
Idade		
≤ 18	3	7,7
>18 ≤ 50	14	25,9
> 50	22	66,4
Sexo	39	100
Feminino	32	82,1
Masculino	7	17,9
Estado Civil	35	89,7
Casado	18	51,4
Solteiro	17	48,6
Escolaridade	34	87,2
Ensino Fundamental	11	32,4
Ensino médio/superior	23	67,6
Profissão	38	97,4
não trabalha	18	47,4
Em atividade laboral	20	52,6

Tabela 1: descrição das variáveis sóciodemográficas da população estudada em valores absolutos e relativos.

Na tabela 2 está representada a caracterização da tontura em relação ao tipo, frequência, duração e se há ou não presença de quedas. A média de tempo da tontura referida pelos pacientes é de quase 6 anos, sendo a vertigem o tipo mais citado, com crises em intervalos variados. As quedas são referidas por

30% dos entrevistados. Metade dos pacientes queixam-se de zumbido e consomem café diariamente. Somente 30% referem perda auditiva e realizam algum tipo de atividade física. A maioria dos paciente não apresentaram alterações no exame vestibular totalizando 61,8% dos prontuários analisados. Entre os exames alterados, a hipofunção foi a alteração em destaque, com 30,8% dos exames analisados.

Variável	N	%	Média (desvio padrão)
Tempo de tontura (meses)	33	84,6	57,03 (100,801)
Tipo de tontura	39	100	
rotatória (vertigem)	33	84,6	
não rotatória	6	15,4	
Frequência	39	100	
diária	12	30,8	
variada	24	69,2	
Duração	39	100	
< um dia	33	84,6	
≥ um dia	6	15,4	
Quedas	39	100	
sim	14	35,9	
não	25	64,1	
Exame vestibular (alterações)	39	100	
hipofunção	12	30,8	
disfunção	3	7,7	
normal	24	61,5	

Tabela 2: descrição das variáveis: tempo, tipo e frequência da tontura e quedas, apresentadas em valores absolutos e relativos.

Na tabela 3 observamos o escore médio dos instrumentos utilizados para avaliar o grau e a intensidade de impacto da tontura na vida do indivíduo. O DHI enquanto grau, encontrou-se escore com média 55,15%, e entre os sub o DHI funcional se mostrou com a esfera que mais foi percebida como prejudicada. A média da EVA foi de 6,44%.

Variável	N	Média	DP
EVA	36	6,44	2,873
DHI Geral	39	55,15	24,93
DHI Físico	24	17,36	8,362
DHI Funcional	34	20,67	10,007
DHI Emocional	12	16,62	10,096

Tabela 3: Variáveis quantitativas coma frequência, média e desvio padrão em relação à avaliação do grau e impacto da tontura através do DHI e Escala Visual Analógica (EVA).

No gráfico 1 abaixo observam-se os valores médios dos sub testes do DHI associando-os com a média da escala EVA. Não associação entre as duas medidas.

Fonte: própria

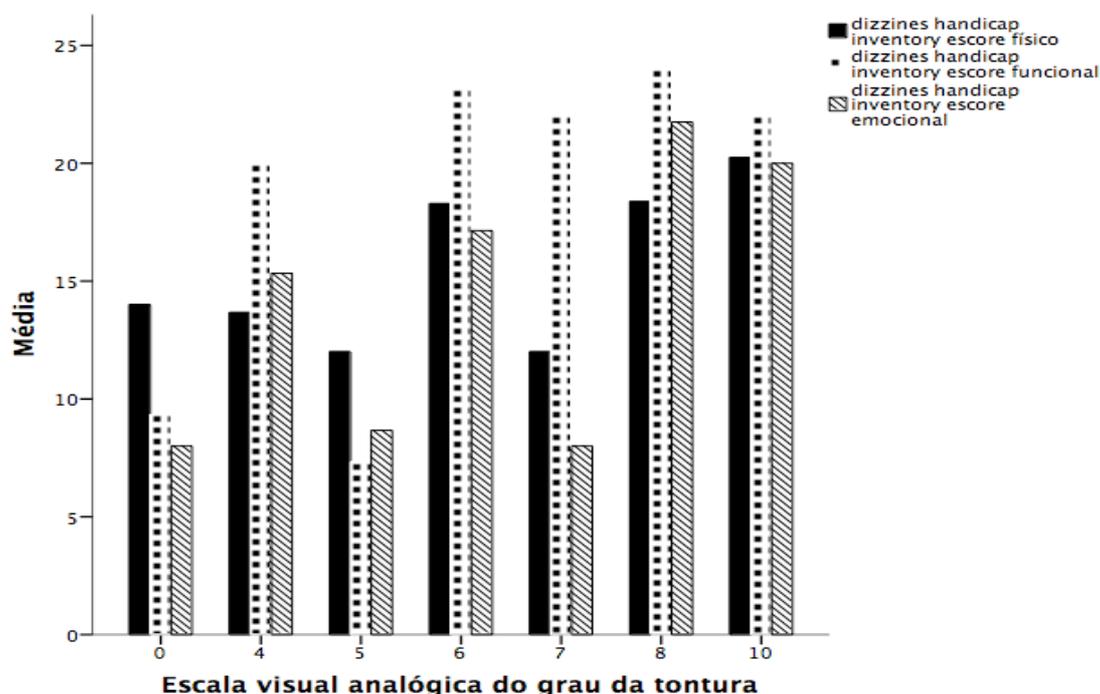


Gráfico 1: Associação entre o score da EVA e a média de scores do questionário DHI subtestes físico, funcional e emocional.

Foi realizado o teste de associação entre as variáveis categóricas e as contínuas, porém não encontramos nenhuma evidência estatística robusta de associação entre elas. Podemos observar que o impacto maior da tontura se da no sub teste funcional do questionário DHI, seguido pelo físico e por último o funcional. Porém, não houveram correlações significantes entre os resultados do DHI e a escala EVA.

Em relação aos resultados encontrados no exame vestibular VENG, 61,5% dos pacientes com queixa de tontura apresentaram exame vestibular normal, podendo ser a origem da tontura em outro sítio e não necessariamente no canal semicircular lateral. No entanto, 30,8% dos pacientes apresentaram como resultado hipofunção vestibular e 7% disfunção vestibular. Totalizando 37,8% dos pacientes apresentaram alterações vestibulares.

DISCUSSÃO

A tontura está presente de 5 a 10% da população mundial, como uma queixa mais comum. Atinge aproximadamente 47% dos homens e 61% das mulheres com mais de 70 anos. O que pode explicar a maioria da população do sintoma ser feminina são os fatores hormonais, cardiovasculares, a maior procura por médicos e outras doenças acometidas mais por mulheres, como mostram vários estudos literários¹¹⁻¹³. Cerca de 81,9% dos exames analisados nesta pesquisa foram mulheres.

Na vida adulta a tontura está presente em 1,8% no jovem adulto e em 30% no idoso.¹⁴ É 40% menos presente em indivíduos que tem nível de educação de segundo grau ou maior.¹⁵ Interessantemente tivemos maior encaminhamentos de pessoas com nível de educação a partir do ensino médio, perfazendo 67,7% da amostra total. Aqueles com tontura e disfunção vestibular possuem 12 vezes maior chance de quedas do que aqueles sem disfunção vestibular¹⁵. Não encontramos associação entre quedas e disfunção vestibular e/ou tontura o que pode talvez ser explicado pelo índice de 61% de exames vestibulares normais.

Apesar da tontura ser percebida como tendo impacto no dia a dia, relatado por muitos dos participantes avaliados, não conseguimos encontrar fatores associados, que possam influenciar neste impacto percebido. Escores a partir de 54 pontos no DHI geral, apontam para um handicap severo¹⁶ e podemos observar que a percepção do handicap no nosso estudo teve uma média de 39 pontos. O número de episódios da tontura e a sua intensidade não correlacionaram com o handicap percebido o que é também afirmado na literatura^{10, 17} Uma das explicações pode ser que principalmente pacientes mais idosos possuem um nível baixo de auto percepção de tontura¹⁶. Apesar do

DHI possuir uma confiabilidade excelente para disfunções vestibulares, não encontramos nenhuma associação entre a disfunção vestibular, tipo e intensidade de tontura e o DHI nesta população.

A sub escala do DHI mais afetada pela tontura foi a escala funcional , enquanto a emocional foi a menos comprometida o que corrobora com a literatura^{10,17}.

No que diz respeito à tontura enquanto tipo e grau, a predominância foi 84,6% do tipo rotatória com frequência variada e duração de até um dia. A maioria dos indivíduos que apresentam alterações vestibulares possuem vertigem associada¹³. Contrapondo os resultados deste estudo, já que 61,5% dos exames analisados obtiveram resultado normal para alteração vestibular.

Enquanto ao impacto na qualidade de vida dos pacientes avaliados através do DHI, o predominate foi o aspecto funcional com 20,67%, com grau geral 55,15%. Concomitante aos estudos literários onde os pacientes com vertigem possuem uma certa limitação para realizar suas atividades diárias devido ao comprometimento do equilíbrio corporal e sintomas associados à tontura¹¹.

CONCLUSÃO

De acordo com os achados do presente estudo não houve relações consideráveis entre as características sóciodemográficas dos pacientes analisados e os resultados encontrados na avaliação vestibular destes. Foi notório que, o grau do impacto na qualidade de vida do paciente não respectivamente pode estar relacionado com a intensidade da tontura, de acordo com o questionário DHI e a escala EVA.. Não necessariamente a queixa de tontura em intensidade alta condiz com exames vestibulares alterados.

REFERÊNCIAS

1. Lourenço, EA, Lopes KC, Pontes Jr A, Oliveira, MH, Umemura, A, Vargas, AL. (2005). Distribuição dos achados otoneurológicos em pacientes com disfunção vestibulo-coclear. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71(3): 34-8.

2. Paulino, CA, Doná F, Aprile MR. Ocorrência de queixas vestibulares e uso de medicamentos em adultos. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*. 2013; 5(2):43-52
3. Tiensoli LO, Couto ER, Mitre EI. Fatores associados à vertigem ou tontura em indivíduos com exame vestibular normal. *Rev CEFAC*. 2004; 6(1): 94-100.
4. Ganança FF, Castro, A S, O, Branco, F C, & Natour, J. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004; 70(1): 94-101.
5. Jacobson, G P, Newman, C W. The development of the dizziness handicap inventory. *Arch. Otolaryngol. Head neck surg.*, Chicago (us). 1999; v 116, n 4, p. 424-427.
6. Mor F., Fragoso M., *Vestibulometria na prática fonoaudiológica*. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2012.
7. Castro, ASQ, Gazzola, JM, Natour J, Gananca, FF. Brazilian version of the dizziness handicap inventory. *Pro-Fono Revista de atualização, BARUERI (SP)*. 2007; v 19, n 1, p.97-104.
8. Klimek L, Bergmann K-C, Biedermann T. Visual analogue scales (VAS): Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care: Position Paper of the German Society of Allergology (AeDA) and the German Society of Allergy and Clinical Immunology (DGAKI), ENT Section, in collaboration with the working group on Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (DGHNOKHC). *Allergo Journal International*. 2017;26(1):16-24.
9. Jacobson, GP. Newman, CW., Kartush, JM. *Handbook of balance functioning testing*. Ed Singular Publishung Group, San Diego, 1997.
10. Basak M, Bulent S. Discussion of the dizziness handicap inventory *Journal of Vestibular Research*. 23 2013; 271–277
11. Zambenedetti M, Sleifer P., Fiorini A.C., Perfil otoneurológico e sintomatológico em pacientes vertiginosos. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2011; 23(1): 79-85.
12. Grigol TAA, Silva AM, Ferreira MM., Manso A. Inventário de incapacidade de tontura e escala analógica de vertigem visual na disfunção vestibular. *Int. Arco. Otorhinolaryngol*. vol.20.2016; nº.3.
13. Gazzola JM, Ganança FF, Aratani MC, Perraini MR, Ganaça MM. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2006; Vol.22 nº4.

14. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: State of the Science. Intern Med. 2001;134(9_Part_2):823-832.

15. Agrawal Y, Carey JP, Della Santina CC. Disorders of Balance and Vestibular Function in US Adults. Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004. Arch Intern Med. 2009;169(10):938-944.

16. Yorke A, Ward I, NCS, Vora S, Combs S, Keller-Johnson T. Measurement characteristics and clinical utility of the dizziness handicap inventory among individuals with vestibular disorders archives of physical medicine and rehabilitation, 2013;94:2313-4.

17. Santos EM; Gazzola, JM, Ganança CF; Caovilla HH; Ganança FF. Impacto da tontura na qualidade de vida de idosos com vestibulopatia crônica. Pró-Fono R. Atual. Cient.2010; vol.22 no.4.

18. https://www.google.com.br/search?rlz=1C1CHZL_pt-BRBR754BR754&biw=1366&bih=588&tbm=isch&sa=1&ei=4GETWricMsWZwgS0zLfYCg&q=ESCALA+EVA&oq=ESCALA+EVA&gs_l=psy-ab..0i5j0i30k1i5.186965.193195.0.197843.25.15.0.0.0.0.455.2988.0j3j2j2j3.10.0....0...1c.1.64.psy-ab..16.9.2812...0i24k1.0.c070DYerDRo#imgrc=_ ACESSO EM 20/11/2017 às 21:35.

ANEXOS

Quadro 1. *Dizziness Handicap Inventory - DHI Versão Brasileira*

Questões	Sim	Às vezes	Não
O-1 Olhar para cima aumenta seu problema?			
E-2 Sente-se frustrado (a) devido ao seu problema?			
F-3 Por causa do seu problema, você restringe as viagens de trabalho ou recreação?			
O-4 Andar no corredor de um supermercado aumenta seu problema?			
F-5 Devido ao seu problema, você tem dificuldade para se deitar ou levantar da cama?			
F-6 O seu problema restringe muito a sua participação em atividades sociais como sair para jantar, ir ao cinema, dançar ou ir às festas?			
F-7 Por causa do seu problema, você tem dificuldade para ler?			
O-8 A execução de atividades como esportes, dança, pequenas tarefas caseiras como varrer ou retirar os pratos aumenta seu problema?			
E-9 Você tem medo de sair de casa sem que alguém o (a) acompanhe por causa do seu problema?			
E-10 Você se sente envergonhado (a) frente a outras pessoas por causa do seu problema?			
O-11 Movimentos rápidos de cabeça aumentam seu problema?			
F-12 Você evita alturas devido ao seu problema?			
O-13 Virar-se na cama aumenta seu problema?			
F-14 É difícil para você realizar trabalhos caseiros?			
E-15 Por causa do seu problema você tem medo que as pessoas pensem que está drogado (a)?			
O-16 É difícil caminhar sozinho (a) por causa do seu problema?			
O-17 Andar numa calçada aumenta seu problema?			
F-18 Você sente dificuldade para se concentrar por causa do seu problema?			
O-19 Por causa do seu problema é difícil para você andar ao redor da casa no escuro?			
E-20 Por causa do seu problema você tem medo de ficar sozinho (a) em casa?			
E-21 Você se sente prejudicado por causa do seu problema?			
E-22 O seu problema provocou tensão em seu relacionamento com familiares ou amigos?			
E-23 Você se sente deprimido (a) por causa do seu problema?			
F-24 O seu problema interfere no trabalho ou em suas responsabilidades nos afazeres domésticos?			
O - 25 Inclinar-se piora seu problema?			

Legenda: O = aspecto físico; E = aspecto emocional; F = aspecto funcional

Fonte: Castro ASO, Gazzola JM, Natour J, Ganância FF. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. *Pró-Fono*. 2007;19(1):97-104.⁽¹²⁾



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
AMBULATÓRIO DE OTONEUROLOGIA



IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade/UF: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ DN: ____/____/____ Sexo () F () M Estado civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade () 0 () até 4ª série ()
até 8ª série () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior

HISTÓRIA CLÍNICA

TIPO DE TONTURA		S	N
1	Tontura não rotatória		
2	Tontura rotatória (Vertigem)		
3	Perda do equilíbrio?		
4	Quando foi o primeiro episódio? _____		
5	Você sente que gira?		
6	Os objetos giram ao seu redor?		

CARACTERIZAÇÃO DAS CRISES		S	N
7	A crise surge de forma abrupta?		
8	A crise surge de forma insidiosa?		
9	Já foi acordado com a crise?		
10	A crise é espontânea?		
11	Surge com alguma posição preferencial da cabeça? Qual?		
12	Surge com alguma movimentação do corpo? Qual?		
13	A crise dura segundos?		
14	A crise dura minutos?		
15	A crise dura horas?		
16	A crise dura dias?		
17	Os intervalos entre as crises são diários?		
18	Os intervalos entre as crises são mensais?		
19	Os intervalos entre as crises são variáveis?		
20	A crise ocorre quando está deitado?		
21	A crise ocorre quando está ortostase?		
22	A crise ocorre quando está sentado?		
23	A crise ocorre quando está caminhando?		
24	Você já caiu no chão ou costuma cair em função das crises?		
25	Já perdeu a consciência nos episódios?		
26	A vista escurece?		
27	Perde o equilíbrio durante as crises?		
28	As crises são acompanhadas de náuseas – vômitos – sudorese – palpitações?		

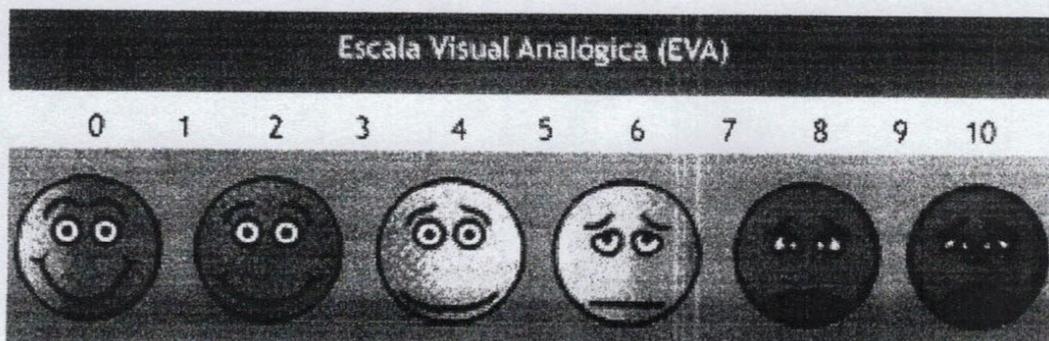


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
AMBULATÓRIO DE OTONEUROLOGIA



ZUMBIDO		S	N
29	As crises são acompanhadas de zumbido?		
DISACUSIA		S	N
30	Tem perda auditiva?		
31	Quando surgiu a perda auditiva? _____		
MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS		S	N
32	Tem algum sintoma que surge associado às crises? Parestesia – Paresia - Paralisia - -Disfagia - Roquidão – Anosmia - Cefaléia		
33	Tem sensação de cabeça cheia ou pesada (plenitude aural) ?		
34	Tem HAS? Diabético?		
35	Tem algum problema na tireoide? Qual (is)?		
36	Tem dislipidemia? Colesterol? Triglicérides?		
37	Tem algum distúrbio de coagulação? Qual?		
38	Tem ou teve alguma doença otológica? Qual (is)?		
39	Tem alguma outra doença? Qual (is)?		
40	Já teve traumatismo cervical?		
41	Já teve traumatismo craniano?		
42	Tem hérnia cervical? Malformação? Outra:		
ANTECEDENTES ASSOCIADOS		S	N
43	Usa algum medicamento? Qual (is)?		
44	Realiza atividade física regularmente?		
45	Tem dificuldade para realizar alguma atividade? Qual (is)? _____		
46	Fuma?		
47	É etilista?		
48	Ingere muita cafeína?		
49	Já fez alguma cirurgia? Qual (is)?		

Marcar grau de tontura



F866r Freitas, Mayara de Oliveira.

Relação das características sociodemográficas e avaliação vestibular de
pacientes com tontura / Mayara de Oliveira Freitas. -- João Pessoa, 2017.

16f. : il. -

Orientadora: Hannalice Gottschalck Cavalcanti.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Tontura. 2. Vertigem. 3. Vectoeletronistagmografia. 4. Fonoaudiologia.

BS/CCS/UFPB

CDU: 616.28-008.5(043.2)